

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 605

L'EXAMEN ANATOMIQUE POST-MORTEM CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

A propos de 95 observations d'autopsie
recueillies à la Clinique Obstétricale

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 23 Novembre 1954

PAR

A. Salam BOUHAIRI

Né le 16 Octobre 1928, à TRIPOLI (Liban)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Éditeurs

42, quai Gailleton, 42

1954

BOUHAIRI (A. Salam)

L'examen anatomique post-mortem chez le nouveau-né. A propos de 95 observations d'autopsie recueillies à la Clinique obstétricale.

Lyon, Bosc Fr., 1954, 8°, 92 p.
7 figures.

(Thèse de Médecine, Lyon, 1954-55,
n° 605).

BOUHAIRI (A. Salam)

L'examen anatomique post-mortem chez le nouveau-né. A propos de 95 observations d'autopsie recueillies à la Clinique obstétricale.

Lyon, Bosc Fr., 1954, 8°, 92 p.
7 figures.

(Thèse de Médecine, Lyon, 1954-55,
n° 605).

BOUHAIRI (A. Salam)

L'examen anatomique post-mortem chez le nouveau-né. A propos de 95 observations d'autopsie recueillies à la Clinique obstétricale.

Lyon, Bosc Fr., 1954, 8°, 92 p.
7 figures.

(Thèse de Médecine, Lyon, 1954-55,
n° 605).

BOUHAIRI (A. Salam)

L'examen anatomique post-mortem chez le nouveau-né. A propos de 95 observations d'autopsie recueillies à la Clinique obstétricale.

Lyon, Bosc Fr., 1954, 8°, 92 p.
7 figures.

(Thèse de Médecine, Lyon, 1954-55,
n° 605).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 605

L'EXAMEN ANATOMIQUE POST-MORTEM CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

A propos de 95 observations d'autopsie
recueillies à la Clinique Obstétricale

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 23 Novembre 1954

PAR

A. Salam BOUHAIRI

Né le 16 Octobre 1928, à TRIPOLI (Liban)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Éditeurs

42, quai Gailleton, 42

1954

Doyen honoraire M. J. LÉPINE.
Doyen M. HERMANN.
Assesseur M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL, FAVRE, LEPINE, SAVY, MOURIQUAND TRILLAT, LERICHE, MAZEL, LEULIER.

PROFESSEURS

Clinique médicale A.	MM. FROMENT.
Clinique médicale B.	P. RAVAUULT.
Clinique chirurgicale A.	SANTY.
Clinique chirurgicale B.	WERTHEIMER.
Clinique ophtalmologique.	BONNET.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	MAYOUX.
Clinique urologique.	CIBERT.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.	DUFOUT.
Clinique dermatologique et syphiligraphique.	GATE.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.	DECHAUME.
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.	SEDALLIAN.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile.	GUILLEMINET.
Clinique gynécologique.	POLLOSSON.
Clinique obstétricale.	PIGEAUD.
Clinique stomatologique.	DUCCLOS.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.	BERNHEIM.
Pharmacie et pharmacologie.	X...
Physiologie.	HERMANN.
Anatomie pathologique.	MARTIN J.-F.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	PONTHUS.
	(détaché à Beyrouth)
Médecine du Travail.	BOURRET.
Parasitologie et pathologie exotique.	GARIN.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	ROCHET.
Chimie organique et toxicologie.	CHAMBON.
Pathologie générale et expérimentale.	JOSSERAND.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	DELORE.
Anatomie.	GABRIELLE.
Pathologie interne.	CROIZAT.
Chimie biologique et médicale.	ENSELME.
Pathologie chirurg. cale.	MALLET-GUY.
Histologie.	NOEL.
Pharmacie galénique et matière médicale.	REVOL.
Médecine légale et déontologie.	X...
Thérapeutique.	LEVRAT.
Hygiène.	SOHIER.
Biologie médicale et pharmacodynamie.	JOURDAN.
Propédeutique chirurgicale.	BERTRAND.
Botanique et cryptogamie.	NETIEN.
Chimie analytique pharmaceutique.	BADINAND.



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique.	M. BANSSILLON	Pharmacie et pharmaco-
Physique biologique.	M. BERGER.	gie.
		M. DREVON.

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

MM.		MM.	
Parasitologie.	COUDERT.	Bactériologie.	BERTOYE A.
Parasitologie.	ROMAN.	Physiologie.	CHATONNET.
Histologie.	X...	Physiologie.	CIER.
		Biochimie médicale	CREYSSEL R.

AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
Pathologie médicale.	BRUN.	Orthopédie.	MARION Joseph.
Pathologie médicale.	GIRARD M.	Obstétrique.	BROCHIER.
Pathologie médicale.	GIRARD P.	Obstétrique.	MAGNIN.
Pathologie médicale.	JEUNE.	Obstétrique.	MATHIEU J.
Pathologie médicale.	VACHON.	Anatomie pathologique ..	GUICHARD.
Pathologie médicale.	GALY.	Anatomie.	LATARJET.
Pathologie médicale.	GONIN.	Urologie.	PERRIN.
Pathologie chirurgicale.	BERARD.	Ophtalmologie.	PAUFIQUE.
Pathologie chirurgicale.	DESJACQUES.	Neuro-chirurgie.	LEQUIRE.
Pathologie chirurgicale.	LABRY.	Oto-rhino-laryngologie ...	X...
Pathologie chirurgicale.	TRILLAT.	Dermato-syphiligraphie. ...	THIERS.
Pathologie chirurgicale.	DARGENT.	Médecine légale et Méde-	
Pathologie chirurgicale.	MANSUY.	cine du Travail.	ROCHE.
Pathologie chirurgicale.	GUILLET.		

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREGÉ

Hygiène.	M. BENAZET.	Pharmacologie et Pharmacie	M. CIER André.
Histologie.	M. DUMONT Louis.	Chimie organique	
Physique et Biologie.	M. MORET.	et Toxicologie.	M. PERROT Louis.

LES EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : M. PIGEAUD ; Assesseurs : MM. BROCHIER'
ROCHE et MAGNIN.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

En témoignage de ma profonde
reconnaissance pour tant d'affection
et de tendresse.

A MES FRÈRES

JAMEAL

HUSNI

JOSEPH

ABDUL-KADIR

Docteur en Pharmacie

Que ceci soit pour eux un faible
témoignage de ma reconnaissance
pour tout ce qu'ils ont fait pour
moi et un gage de mon entier dé-
vouement.

A MES SŒURS

En preuve de ma tendre affection.

A MON ONCLE
AMEEN SANGARI

Avec notre respect et notre attachement.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIGEAUD

Professeur de Clinique Obstétricale

Nous sommes fier d'écrire son nom en tête de ce travail qu'il nous a confié. Nous avons admiré la précision de son diagnostic clinique, la netteté et le logique de son enseignement passé au crible de l'expérience. Nous le remercions de l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé et du grand honneur qu'il nous a fait en présidant notre jury.

Nous le prions d'agréer l'hommage de notre admiration et de nos sentiments très respectueux.

A NOS MEMBRES DU JURY :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROCHIER
Accoucheur des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROCHE
Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAGNIN
Accoucheur des Hôpitaux

Nous les remercions pour l'amabilité avec laquelle ils ont accepté d'être nos juges, et les prions de trouver ici le témoignage de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. HERMANN
Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE LYON

Nous garderons un très bon souvenir de la Faculté de Médecine de Lyon. Durant six années d'études nous avons suivi avec admiration la clarté de leur enseignement.

Qu'ils soient assurés, ici, de notre sincère gratitude.

A NOS MAÎTRES DE L'HÔPITAL D'AUBENAS

MONSIEUR LE DOCTEUR FOLLIASSON

MONSIEUR LE DOCTEUR JOLY

MONSIEUR LE DOCTEUR LAPORTE

MONSIEUR LE DOCTEUR RIBEYRE

MONSIEUR LE DOCTEUR VIAL

Il nous a été agréable de travailler à leurs côtés. Nous tenons à les remercier ici de la bienveillance dont ils ont fait preuve à notre égard.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUMONT

Ancien Chef de Clinique

Chef de Laboratoire

Qui a largement contribué à l'élaboration de cette thèse dont il nous a proposé le sujet.

Il nous a prodigué ses conseils sans ménager sa peine. Nous le remercions ici et nous l'assurons de notre respectueuse sympathie.

INTRODUCTION

Nous rapportons quatre-vingt-quinze résultats d'autopsie pratiqués chez les nouveaux-nés morts à la Clinique Obstétricale entre septembre 1953 et septembre 1954, période au cours de laquelle 2.600 accouchements ont eu lieu dans le service.

Tous les examens nécropsiques ont été pratiqués au laboratoire de la Clinique Obstétricale par le Docteur Dumont, chef de laboratoire, et les résultats en sont consignés dans le Registre d'Autopsie que nous avons consulté pour ce travail.

Il est évidemment d'un grand intérêt dans un service d'Obstétrique de connaître la cause de la mort des nouveaux-nés. Il est à noter que dans certains cas cliniques la cause paraît connue à l'avance (par exemple : accouchement très dystocique où le traumatisme crânien a joué le rôle principal) ; mais il est certain que dans beaucoup d'autres observations, c'est la seule autopsie pratiquée de manière rigoureuse qui permettra de connaître la cause de la mort. Un point important est le suivant : c'est que dans 30 % des cas environ (30 observations) nous n'avons trouvé aucune lésion anatomique pouvant donner une explication à la mort de l'enfant. Ce pourcentage est d'ailleurs celui signalé par d'autres auteurs (pour Morrisson ce pourcentage est de 40 %).

Par ailleurs, lorsqu'il s'agit d'enfants morts in utero et nés macérés, l'examen post mortem est rendu très difficile, sinon impossible du fait de la macération des organes. Il n'y a guère dans ces cas que la découverte d'une

malformation importante qui puisse être notée facilement. C'est le cas de notre observation n° 47 où la présence d'une fissure vélo-palatine et un bec-de-lièvre ont été constatés chez un macéré dont la mère a un Rh négatif et notre observation n° 48 où on ne note qu'une fissure vélo-palatine.

La classification des causes de la mort de l'enfant peut être entreprise de deux manières différentes. On peut envisager cette classification en considérant les circonstances cliniques de l'accouchement, c'est-à-dire en envisageant successivement par exemple les néphropathies gravidiques, les observations de placenta prævia, les incompatibilités Rhesus et les accouchements dystociques. En réalité, nous avons envisagé les faits tels qu'ils se présentent, c'est-à-dire les lésions constatées à l'examen post mortem et nous avons classé nos observations de la façon suivante :

1° *Affections pulmonaires.*

2° *Lésions cérébro-méningées :*

- Fracture du crâne ;
- Hémorragies méningées ;
- Œdème cérébral.

3° *Hémorragies surrénaliennes.*

4° *Syndromes hémorragiques divers :*

a) Hémorragies intra-abdominales :

- 1° d'origine hépatique,
- 2° d'origine non précisée ;

b) Maladie hémorragique du nouveau-né.

5° *Les malformations congénitales.*

6° *Causes diverses.*

7° *Les autopsies négatives.*

8° *Les enfants macérés.*

Nous estimons que ce mode de classification est rationnel et qu'il permet de présenter les faits de manière objective.

Avant d'envisager l'étude de nos observations, nous exposerons la technique de l'examen post mortem du nouveau-né telle qu'elle doit être suivie pour qu'aucune lésion ou malformation n'échappe pas à l'observateur.

TECHNIQUE DE L'AUTOPSIE DU NOUVEAU-NE

NOTIONS GÉNÉRALES.

L'examen post mortem du fœtus et du nouveau-né ne diffère guère de celui de l'adulte, cependant les constatations nécropsiques sont moins typiques, et peuvent ainsi passer inaperçues. Il est nécessaire que l'observateur soit au courant des problèmes de l'obstétrique et de la pédiatrie néonatale, afin qu'une relation correcte soit établie entre les découvertes d'autopsie et l'observation clinique.

Le compte rendu de l'autopsie doit comprendre auparavant un exposé des antécédents de la mère (médicaux et obstétricaux), une histoire succincte de la grossesse en cours et de l'accouchement ; les suites de naissance de l'enfant seront exposées en détail. L'examen du placenta doit être pratiqué (infarctus, décollement prématuré, anomalies, point de rupture des membranes) et un prélèvement histologique placentaire sera réalisé dans certains cas.

TECHNIQUE.

L'autopsie commence par l'examen de l'aspect extérieur du fœtus, en vue de rechercher les signes de cyanose, les lésions de la peau, éventuellement les fractures ; les signes de macération du début (décollement épidermique) seront soigneusement recherchés aussi. Toutes les malformations seront notées immédiatement (malformations des membres, de la face, etc...).

LES LÉSIONS PROVOQUÉES PAR LA MORT DU FŒTUS IN UTERO.

Il faut bien avoir présent à l'esprit l'aspect des lésions rencontrées lorsque le fœtus meurt in utero :

1° Lorsque le fœtus meurt pendant les deux premiers mois, il subit le phénomène de la dissolution.

2° Pendant le 3^e et 4^e mois, le fœtus mort, subit le phénomène de la momification.

3° A partir du 5^e mois, le fœtus subit la macération (Lempereur, thèse de Paris, 1867).

Dès la première heure, d'après Potter, la séparation de l'épiderme du derme commence : c'est le décollement épidermique. Du liquide s'accumule sous l'épiderme et produit une bulle qui se rompt le plus souvent au cours de l'accouchement ; entre le cuir chevelu et les os du crâne se loge une quantité plus ou moins importante du liquide sanguinolent. Après quelques jours, le cerveau devient semi-liquide. Les parois intestinales se désintègrent, libérant le méconium dans la cavité abdominale. La tête devient flasque, se déforme, les os de la voûte se ramollissent, se chevauchent les uns sur les autres (à la radiographie on a le signe de Spalding).

Le thorax s'affaisse. Le globe oculaire subit aussi des modifications qui aboutissent à son ramollissement vers le 8^e jour. Il faut noter que la rigidité cadavérique n'est pratiquement jamais observée chez le fœtus.

EXAMEN DE LA TÊTE.

Les anomalies telles que anencéphalie, hydrocéphalie, mongolisme, bec-de-lièvre sont notées ainsi que la forme des yeux, l'écartement des globes oculaires, l'aspect du nez, etc... Les modifications provoquées par le modelage, le degré d'écartement des sutures, la largeur des fontanelles sont recherchés soigneusement.

La technique d'ouverture du crâne diffère de celle uti-

A

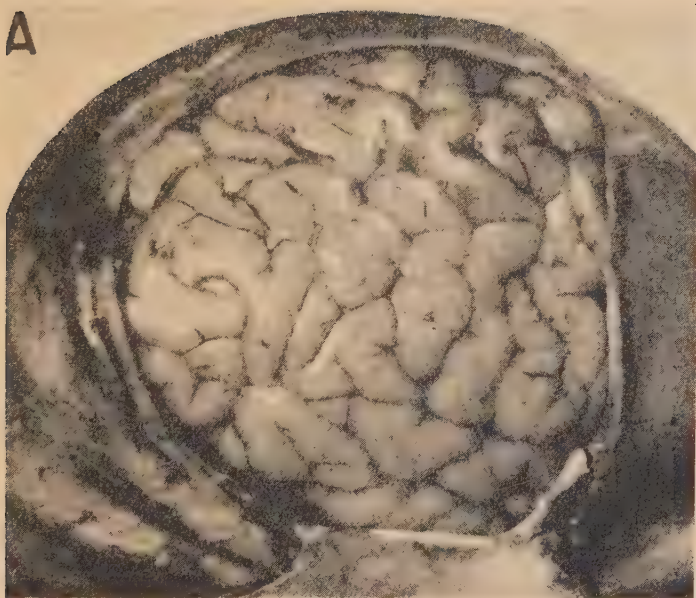


FIGURE 1.

Technique de l'examen post-mortem du cerveau.
Aspect du cerveau après ablation du volet pariétal.

lisée chez l'adulte. La méthode de choix consiste à pratiquer un volet au niveau de chacun des pariétaux, de telle façon que la tente cérébelleuse et la faux du cerveau restent intactes (voir notre figure n° 1).

Nous empruntons l'exposé de la technique de recherche des lésions intracrâniennes à MM. Voron et Pigeaud (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Obstétrique, tome 2, 5.089, page 4*).

Il est indispensable de suivre scrupuleusement le protocole d'autopsie décrit par Holland et utilisé par Meyer et Hauch. Cette technique est la seule permettant l'examen facile des replis dure-mériens en évitant de créer à leur niveau des lésions artificielles.

Pour cela, on pratique dans la voûte crânienne au niveau de l'une des bosses pariétales une petite ouverture, en ménageant autant que possible la dure-mère. Cette fenêtre est progressivement agrandie pour finalement, atteindre les dimensions telles que le rebord de l'ouverture osseuse se trouve à peu près à un centimètre en dedans de chacune des sutures : sagittale, fronto-pariétale et pariéto-occipitale.

La dure-mère est alors examinée en place, puis sectionnée suivant les contours de l'orifice osseux, puis enfin enlevée, mettant à nu la plus grande partie de la face externe de l'hémisphère correspondant.

A l'aide d'une cuiller on creuse cet hémisphère, enlevant peu à peu la substance nerveuse et examinant au passage le ventricule latéral. Bientôt la totalité de l'hémisphère a disparu et, à ce moment, on a sous les yeux l'une des faces de la faux du cerveau ainsi que le versant supérieur de l'une des moitiés de la tente du cervelet.

La même manœuvre est alors pratiquée du côté opposé pour que la faux du cerveau puisse être explorée sur ses deux faces, et que la tente du cervelet soit visible en entier.

Ceci étant fait, on incise à l'aide de ciseaux très fins, la tente du cervelet au niveau de l'un de ses deux ver-

sants supérieurs, on crée un orifice à travers lequel on voit la face supérieure du cervelet. A l'aide d'une spatule la matière cérébelleuse est à son tour progressivement extraite à travers l'orifice ainsi pratiqué et bientôt on arrive sur la bulbe et la base du crâne. On peut donc ainsi, sans crainte d'être trompé par un artifice, juger de l'état des méninges péricérébelleuses et pér bulbaires. Les lésions mises ainsi en évidence sont tout à fait variables comme étendue et comme aspect.

De même il faut se souvenir que chez l'enfant prématuré le liquide céphalo-rachidien est plus abondant que chez l'enfant né à terme.

EXAMEN DE LA COLONNE VERTÉBRALE ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Cet examen n'est pratiqué que lorsqu'une lésion est suspectée à ce niveau (telle notre observation n° 21 où l'enfant a présenté une paraplégie survenue à la suite d'un accouchement par le siège).

La colonne vertébrale est ouverte par une incision effectuée à travers les lames vertébrales droite et gauche. La zone centrale contenant les épines est enlevée. L'espace extra-dural est examiné ; mais il faut retenir que l'examen de la moelle est très difficile ; aussi, vaut-il mieux l'enlever in toto avec la dure-mère, si l'on désire faire pratiquer un examen microscopique correct.

EXAMEN DU THORAX.

Le corps du nouveau-né est ouvert par une incision allant du pubis jusqu'à la base du cou. Les viscères abdominaux sont inspectés sur place avant que le thorax soit ouvert. Puis on pratique l'ablation de la paroi thoracique en sectionnant de chaque côté à travers les côtes. Il vaut mieux examiner les organes en place que de pratiquer l'éviscération totale. Le thymus est enlevé le premier, puis c'est le tour du péricarde. Il est plus facile d'identifier

les gros vaisseaux de la tête et des membres supérieurs si le cœur est en place, et c'est l'une des raisons pour lesquelles la dissection sur place est préférable. On note l'existence de malformations vasculaires. On libère le cœur par section des veines caves, de l'aorte, des veines pulmonaires et des artères pulmonaires. Puis on examine l'intérieur du cœur par deux incisions tracées à travers les parois auriculaires et ventriculaires en laissant les cloisons intactes.

La trachée est ensuite ouverte sur place ou bien après l'avoir enlevée du thorax. L'œsophage est retiré avec la trachée et on cherche l'existence possible d'une fistule œsophago-trachéale. L'examen du pharynx, du larynx est pratiqué dans certains cas.

L'examen du poumon représente la partie la plus importante de l'autopsie du nouveau-né. On note la couleur, l'aspect des lobes pulmonaires (expansion, aplatissement du poumon) et on pratique une section du tissu pulmonaire ; la surface de la section est examinée. Puis on recherche la docimasie pulmonaire en plaçant un fragment dans l'eau.

EXAMEN DE L'ABDOMEN.

La présence d'ascite est immédiatement notée, de même l'existence d'une hernie diaphragmatique (nos deux observations n° 49 et n° 50). Le foie est ensuite inspecté, en cas d'ictère du nouveau-né, on recherche, avant de le retirer, la perméabilité des conduits hépatiques. Pour cela on fait une incision duodénale pour voir l'ampoule de Water, on pratique alors une pression sur la vésicule biliaire, en cas de perméabilité des conduits, la bile sort de l'ampoule de Water. Cela est une méthode facilement réalisable.

Il faut toujours s'assurer qu'il n'existe pas une hémorragie hépatique (nos observations n° 37 et n° 38).

Le tube digestif est ensuite examiné. Dans le cas d'hémorragie digestive, on inspecte les parois de l'estomac et de l'intestin.

On note la présence de méconium dans le gros intestin en se souvenant que l'évacuation partielle du côlon peut produire des zones de constriction qu'il ne faut pas prendre pour des sténoses.

La rate et le pancréas sont examinés. Puis on inspecte la région rénale en recherchant la présence d'une hémorragie périrénale et péricurrénale. Puis on pratique l'ablation en bloc du rein et de la surrénale et on libère alors la glande surrénale du pôle supérieur du rein.

RECHERCHE DE SIGNE DE WEGNER (ostéochondrite syphilitique).

Nous empruntons à M. le Docteur Brochier la technique de recherche du signe de Wegner (A. Brochier : Considérations anatomiques sur la syphilis du squelette des os longs chez le fœtus. *Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, pages 204 à 211, 1933).

On recherche ce signe au niveau de l'extrémité supérieure du tibia en pratiquant une section longitudinale de l'os dans le sens frontal, puis on examine la surface sectionnée au niveau de la zone de calcification. On constate que les contours en sont irréguliers, sa couleur bleuâtre est devenue jaunâtre, parfois grise.

La séparation brusque et provoquée entre l'épiphyse et la métaphyse permet de constater :

a) Que la force à déployer est plus grande que normalement et qu'il existe donc des adhérences chondro-métaphysaires solides.

b) Que la surface épiphysaire concave est hérissée d'inégales dentelures osseuses de 1/4 à 1 mm. de hauteur, distantes les unes des autres de 1 à 2 mm. Les travées malformées, irrégulières résistent de façon inégale, à la force de divulsion et ainsi la ligne de séparation présente dans son ensemble un aspect denticulé.

Pour que l'autopsie soit complète, il ne reste qu'à pratiquer des prélèvements des organes pour examen microscopique.

*
**

POIDS MOYEN DES ORGANES DU FŒTUS
(pour un fœtus de 3.500 gr.)

Foie : 150 gr.

Surrénale : 5 gr.

Tymus : 11 gr.

Thyroïde : de 1 gr. 50 à 3 gr. et même plus.

Rate : 11 gr.

OBSERVATIONS

AFFECTIONS PULMONAIRES (4 observations)

OBSERVATION N° 1

Enfant M... (N° 2.100. Année 1953).

Observation clinique :

- Avortement à répétition chez la mère.
- Accouchement prématuré à 6 mois 10 jours.
- Sexe masculin. Poids : 1.300 gr.
- Mort apparente, réanimation plus de 5'.
- Hibernation.
- A vécu 48 heures. Mort : tableau de cyanose.

Examen nécropsique : Les poumons sont hépatisés avec infiltration hémorragique diffuse sous-pleural et pétéchies sur les lobes supérieurs.

Conclusion : Mort par anoxie et pneumopathie aiguë.

OBSERVATION N° 2

Enfant P... (N° 1.097. Année 1954)..

Observation clinique :

- Mère : néphropathie gravidique grave. I geste. Pré-éclampsie ; cure de sommeil ; mise en place d'une bougie 25 jours avant le terme.
- Sexe féminin. Poids : 1.300 gr.
- A vécu 24 heures. Mort : tableau de cyanose.

Autopsie :

Thorax : Poumons : Hépatisés ; à la coupe issue d'une sérosité sérosanguinolente.

Cerveau : Hémorragie sous-cérébelleuse.

Conclusion :

- Atélectasie pulmonaire.
- Hémorragie sous-cérébelleuse.

OBSERVATION N° 3

Enfant B... (N° 1.410. Année 1954).

Observation clinique :

- Accouchement normal et rapide.
- Réanimation.
- †— A vécu 8 heures. Mort : tableau de cyanose.

Examen nécropsique : Poumons en voie d'hépatisation ; couleur violacée ; alvéole contenant peu d'air, atélectasie.

Conclusion : Atélectasie avec hépatisation pulmonaire.

OBSERVATION N° 4

Enfant N... (N° 1.774. Année 1954).

Observation clinique :

- Mère a présenté un décollement prématuré du placenta normalement inséré. Albuminurie mais sans hypertension.
- Prématuré de 1.200 gr.
- A vécu 4 h. 30.

Examen nécropsique :

- Aspect d'hépatisation du poumon gauche.
- Œdème sanglant cérébro-méningé.

Conclusion :

- Atélectasie pulmonaire gauche.
- Œdème cérébro-méningé.

**

L'aspect extérieur du poumon est souvent trompeur, il est des anomalies qu'il faut connaître dans le poumon du mort-né normal, ce sont les ecchymoses sous-pleurales et

intra-parenchymateuses, fréquentes lorsque l'enfant succombe au cours de travail, de même la présence de tâche de Tardieu (petites hémorragies sous-pleurales) est souvent notée.

Disons un mot sur les docimasies, du fait de leur importance médico-légale. Ce terme désigne l'ensemble des procédés qui permette de reconnaître la vie de l'enfant.

Les principales docimasies sont : la docimasia hépatique ou épreuve de Lacassagne, la docimasia gastro-intestinale, la docimasia auriculaire ou épreuve de Wreden, la docimasia sanguine et la docimasia pulmonaire. Cette dernière est la plus importante et la plus précise de toutes. Cependant il faut qu'elle soit quantitative, pondérale et volumétrique pour avoir quelque valeur et de nombreuses exceptions viennent infirmer les résultats les plus soigneusement obtenus (poumon insufflé lors de la réanimation, docimasia faussement négative par inspiration liquidienne, docimasia paradoxalement positive par la présence d'une minime quantité d'air, etc...). C'est ainsi que la docimasia hydrostatique n'est pas suffisante et on doit recourir dans bien des cas à la docimasia histologique.

Si l'enfant a respiré on constate l'existence de nombreux acinus pulmonaires, en même temps qu'une lumière plus arrondie des bronchioles, et le poumon flotte à la surface de l'eau.

Chez le mort-né les bronches et les bronchioles ne sont pas déplissées et le poumon a une densité supérieure à celle de l'eau ; immergé, il tombe au fond du vase. Tel est le principe de la docimasia pulmonaire.

Nos 4 observations nous montrent que trois de ces enfants étaient des prématurés (1.300, 1.300, 1.200 gr.). Deux d'entre eux mort-nés de mère atteinte de néphropathie gravidique, les lésions sont représentées par une atélec-tasie pulmonaire. Les faits ne surprennent pas, car on sait que le poumon du prématuré, du fait de son immaturité, est le plus souvent la cause de la mort par anoxie de l'enfant. Associé à la lésion pulmonaire, est fréquem-

ment rencontrée, une hémorragie méningée. C'est le cas de deux de nos observations (observation n° 2 : hémorragie sous-cérébelleuse ; observation n° 4 : œdème cérébro-méningé).

Quant aux lésions histologiques, nous n'y insisterons pas, nous rappelons que Lobidel (thèse de Lyon, 1953) y a consacré la rédaction de sa thèse, en étudiant les poumons des nouveau-nés morts à la clinique obstétricale.

LESIONS CEREBRO-MENINGEES (26 observations)

OBSERVATION N° 5

Enfant F... (N° 1.691. Année 1954).

Observation clinique :

- Prématuré de six mois et demi.
- Poids : 1.250 gr.
- A vécu 8 heures.

Autopsie : Œdème cérébral. Pas d'hémorragie.

Conclusion : Œdème cérébral.

OBSERVATION N° 6

Enfant X... (N° 165. Année 1954).

Observation clinique :

- Mère présentant un syndrome hémorragique (placenta prævia).
- Sexe masculin. Poids : 3.600 gr.
- Mort-né.

Examen nécropsique : On ne note ni lésion thoracique ni abdominale, à part un épanchement séreux intra-péritonéal. Par contre, l'examen du cerveau montre : quelques caillots noirâtres de la faux du cerveau ; les vaisseaux cérébraux sont indiscutablement dilatés. Il existe un œdème cérébral.

Conclusion : Œdème cérébral.

OBSERVATION N° 7

Enfant C... (N° 2.454. Année 1953).

Observation clinique :

- Prémauré de 6 mois et demi.
- Sexe masculin. Poids : 1.300 gr.
- Mort apparente ; réanimation plus de 5'.
- Décédé à la neuvième heure après hibernation.

Examen nécropsique : Au niveau du cerveau, il existe :

- Une hémorragie méningée avec L.C.R. fibrineux.
- Foyer hémorragique cérébral sur l'hémisphère droite.
- Hémorragie avec caillot péricérébelleux.
- Hémorragie de la faux du cerveau.

Conclusion : Hémorragie méningée.

OBSERVATION N° 8

Enfant D... (N° 437. Année 1954).

Observation clinique :

- Pyélo-néphrite chez la mère.
 - Accouchement prématuré à 6 mois 1/2 ; grand débile.
- Poids : 1.000 gr.
- Hibernation, a vécu 12 heures.

Examen nécropsique :

- L.C.R. hémorragique.
- Pas de lésions cérébrales macroscopiques.

Conclusion : Hémorragie méningée.

OBSERVATION N° 9

Enfant M... (Pav. J., N° 28).

Observation clinique :

- Prémauré de 5 mois 1/2.
- Poids : 800 gr.

Examen nécropsique : Hémorragie méningée droite sous-arachnoïdienne.

Conclusion : Hémorragie méningée.

OBSERVATION N° 10

Enfant A... (N° 515. Année 1954).

Observation clinique :

- Accouchement prématuré à 6 mois.
- Poids : 1.200 gr.
- A vécu 16 heures.

A l'autopsie : Poumons ne flottent pas, hémorragiques à la coupe. Cerveau : il existe une hémorragie méningée sous-arachnoïdienne à droite.

Conclusion : Hémorragie méningée.

OBSERVATION N° 11

Enfant G... (N° 816. Année 1954).

Observation clinique :

- Il s'agit d'une grossesse gemellaire ; prématuré de 7 mois. Mort rapide.
- Poids : 1.300 gr.

A l'autopsie : Hémorragie méningée bilatérale plus marquée à droite.

Conclusion : Hémorragie méningée.

OBSERVATION N° 12

Enfant N... (N° 1.888. Année 1954).

Observation clinique :

- Circulaire très serré.
- Mort-né.

Examen nécropsique :

- Il existe un épanchement ascitique sanglant.
- Cerveau : léger œdème sanglant cérébro-méningé.
- Pas d'hémorragie.

Conclusion :

- Epanchement ascitique sanglant.
- Léger œdème sanglant cérébro-méningé.

OBSERVATION N° 13

Enfant H... (N° 1.838. Année 1954).

Observation clinique :

— Mère a présenté des hémorragies répétées au cours du 7^e mois.

— Prématuré de 7 mois. Poids : 1.900 gr.

A l'autopsie : Il existe une légère hémorragie méningée.

Conclusion : Hémorragie méningée.

OBSERVATION N° 14

Enfant B... (N° 26. Année 1954).

Observation clinique :

— Accouchement par « surprise » à domicile.

— Prématuré de 6 mois 1/2. Poids : 1.400 gr.

Examen nécropsique : Cerveau : on note uniquement 3 caillots gros comme une demi-noisette de sang noir au niveau de la région sous-cérébelleuse et péri-bulbaire.

Conclusion : Il s'agit d'une hémorragie sous-cérébelleuse et péri-bulbaire.

OBSERVATION N° 15

Enfant A... (N° 1.322. Année 1954).

Observation clinique :

— Accouchement prématuré à 6 mois.

— Sexe masculin, grand débile de 1.000 gr.

— A vécu 1 heure.

Autopsie : Hémorragie méningée et hémorragie sous-cérébelleuse.

Conclusion : Hémorragie méningée.

OBSERVATION N° 16

Enfant G... (N° 1.993. Année 1953).

Observation clinique :

- Accouchement prématuré à 6 mois 1/2.
- Sexe masculin. Grand débile de 800 gr.
- Mort-né.

A l'autopsie : On note :

1° Une fissure vélo-palatine à toute l'étendue du voile et un bec-de-lièvre.

2° Un épanchement péricardique relativement abondant.

3° Au niveau du crâne : hémorragie méningée et piquetés hémorragiques.

Pas de malformations, ni lésions viscérales.

Conclusion :

- Hémorragie méningée.
- Malformation vélo-palatine avec bec-de-lièvre.
- Epanchement péricardique.

OBSERVATION N° 17

Enfant P... (N° 1.189. Année 1954).

Observation clinique :

- Présentation du siège.
- Tentative de forceps pour dyslocie de la tête dernière.
- Enfant de 3.600 gr.
- Mort au cours de l'accouchement.

Autopsie :

Abdomen : Les surrénales sont hémorragiques.

Crâne : Fracture du pariétal droit : ligne de fracture étendue sur 6 cm. latéralement.

— Fracture du pariétal gauche : étendue sur 4 cm. longitudinalement, parallèle à la suture pariéto-occipitale.

Cerveau : Il existe une déchirure de la faux du cerveau sur 2 cm. située au niveau de son bord inférieur.

- Hémorragie méningée encéphalique très marquée.

Conclusion :

- Fracture des pariétaux ; hémorragie méningo-encéphalique. Déchirure de la faux du cerveau.
- Hémorragie surrénalienne.

OBSERVATION N° 18

Enfant L... (N° 284. Année 1954).

Observation clinique :

- Présentation de la face.
- Forceps difficile pour arrêt de la progression.
- Sexe masculin. Poids : 3.700 gr.
- A vécu 1 heure.
- Mort : tableau de cyanose avec hématomes multiples.

Examen autopsique :

— Crâne très ossifié ; cuir chevelu décollé sur toute son étendue par un très volumineux épanchement sanguin. La voûte crânienne présente 2 traits de fracture dans la région pariétale gauche.

— La faux du cerveau et la tente du cervelet sont éraillées, et même en certains points déchirées. Il existe un abondant épanchement sanguin sous le cervelet, dans la fosse cérébrale postérieure.

Conclusion :

- Fracture du pariétal gauche.
- Hémorragie méningée sous-cérébelleuse.
- Déchirure de la faux du cerveau et de la tente du cervelet.

OBSERVATION N° 19

Enfant S... (N° 2.560. Année 1953).

Observation clinique :

- Forceps difficile en O.I.D.P. pour surmenage maternel.
- L'enfant a vécu 1 jour.

Examen nécropsique :

— *Cerveau* : On trouve un hématome sous-épieranien de la surface d'une pièce de 2 francs, au niveau de la grande fontanelle.

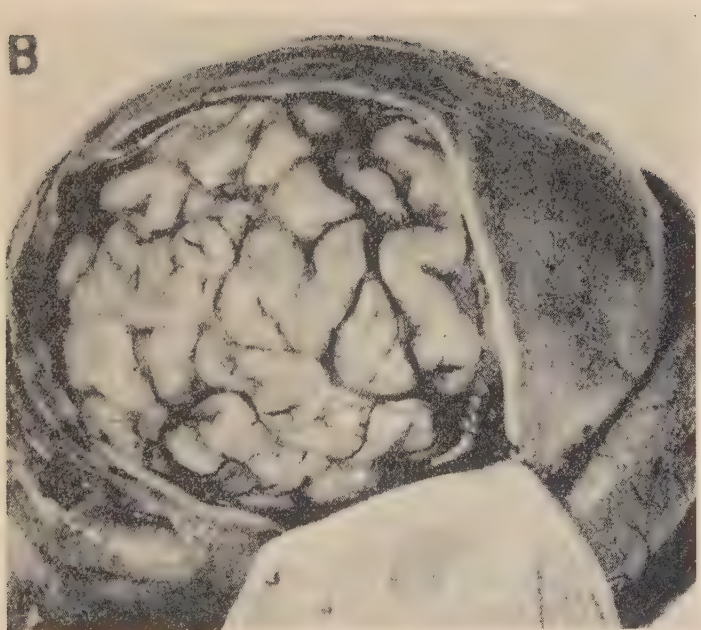


FIGURE 2.
Hémorragie cérébro-méningée.

- Hémorragie méningée de sang rouge.
- Piquetés hémorragiques à la coupe des hémisphères.

Conclusion : Il s'agit d'une hémorragie méningée.

OBSERVATION N° 20

Enfant S... (N° 288. Année 1954).

Observation clinique :

- 2° jumeaux.
- Accouchement par version, par manœuvres internes. Prématuré de 7 mois. Poids 1.900 gr.
- Sexe féminin. Tableau de paraplégie flasque après la naissance.
- A vécu 8 jours.

A l'autopsie : Cerveau. — On note uniquement une hémorragie sous-arachnoïdienne du côté de l'hémisphère gauche. Rien du point de vue médullaire.

Conclusion : Hémorragie méningée.

OBSERVATION N° 21

Enfant L... (N° 699. Année 1954).

Observation clinique :

- Accouchement très difficile : forceps O.I.D.P.
- Enfant mort-né. Poids : 3.400 gr.

Autopsie : Cerveau : Hémorragie méningée sous-arachnoïdienne, sous-cérébelleuse et péribulbaire.

Conclusion : Hémorragie méningée.

OBSERVATION N° 22

Enfant G... (N° 1.050. Année 1954).

Observation clinique :

- Mère ayant une température de 38°8 au moment de l'accouchement.
- Accouchement prématuré à 7 mois.
- Sexe masculin. Poids 1.520 gr. Mort-né.

Examen nécropsique : Cerveau. — Il existe une hémorragie méningée sous-arachnoïdienne. Les vaisseaux veineux et les sinus sont dilatés. On a des caillots au niveau des ventricules.

Conclusion : Hémorragie méningée.

OBSERVATION N° 23

Enfant F... (N° 912. Année 1954).

Observation clinique :

- Césarienne pour placenta prævia centrale.
- Enfant de 7 mois. A vécu 3 heures.

A l'autopsie : Hémorragie méningée sous-rachnoïdienne péri-hémisphérique et péricérébelleuse.

Conclusion : Hémorragie méningée.

OBSERVATION N° 24

Enfant V... (N° 830. Année 1954).

Observation clinique :

- Néphropathie gravidique chez la mère.
- Syndrome pré-éclampsique. Cure de sommeil + ganglioplégique.
- Accouchement prématuré à 8 mois.
- Sexe masculin. Poids 2 kg. 400. Mort-né.

Examen nécropsique :

Abdomen : La cavité abdominale est remplie d'un liquide clair sérosanguinolent qui s'écoule dès l'incision de l'abdomen.

Thorax : Épanchements pleuraux bi-latéraux extrêmement abondants : liquide clair citrin non hémorragique. Cœur : énorme, occupant la presque totalité du thorax. La ponction montre qu'il s'agit d'un épanchement péricardique considérable. Pas de malformation cardiaque.

Cerveau : Hémorragie méningée droite.

On note un léger épanchement séreux entre le cuir chevelu et l'aponévrose épicroanienne.

Conclusion :

- Hémorragie méningée.
- Epanchement des séreuses.

OBSERVATION N° 25

Enfant Ch... (N° 618. Année 1954).

Observation clinique :

- Grossesse gémellaire.
- Césarienne pour placenta prævia très hémorragique. Prématurée de 6 mois 3/4. Sexe féminin. Poids : 1.640 gr.
- A vécu 5 h. 30. Mort : tableau de cyanose (teinte cyanique).

A l'autopsie :

Thorax : Poumons ecchymotiques.

Abdomen : Foie. — Hémorragie du lobe droit sous-glissonienne peu abondante. La face antérieure est recouverte sur son tiers par l'hématome.

Surrénales : gauche hémorragique.

Cerveau : Hémorragie méningée bi-latérale.
Hyperhémie cérébrale.

Conclusion :

- Hémorragie méningée.
- Hémorragie hépatique sous-glissonienne.
- Hémorragie surrénalienne gauche.
- Congestion viscérale.

OBSERVATION N° 26

Enfant Ch..., 2^e jumeau (N° 619. Année 1954).

Observation clinique :

- Césarienne (placenta prævia).
- A vécu 3 heures.
- Mort : pâleur extrême.

Autopsie :

- *Thorax :* Poumons pâles.
- *Abdomen :* Foie pâle.
- *Cerveau :* Hémorragie méningée.

Conclusion :

- Hémorragie méningée.
- Anémie des viscères.

OBSERVATION N° 27

Enfant G... (N° 565. Année 1954).

Observation clinique :

- Placenta prævia latéral.
- Enfant de 1.300 gr. Hibernation.
- A vécu 7 heures.

Examen nécropsique :

Abdomen : Foie congestif.

Surrénales : gauche : hémorragique au niveau de sa portion centrale ; droite : légèrement hémorragique.

Cerveau : Hémorragie méningée sous-arachnoïdienne bilatérale sans lésion de la faux du cerveau ni de la tente du cervelet.

Conclusion :

- Hémorragie méningée.
- Hémorragie surrénalienne.

OBSERVATION N° 23

Enfant L... (Année 1954).

Observation clinique :

— Enfant prélevé au cours de l'autopsie de la mère décédée pendant l'anesthésie pour application de forceps (bassin de Nægelé).

Autopsie :

Abdomen : Vessie à l'ombilic pleine d'urine.

Liquide méconial dans l'estomac.

Surrénales : Hémorragie typique intra-parenchymateuse de la surrénale gauche.

Thorax : Poumons congestifs.

Cerveau : Hématome organisé sous-aponévrotique au niveau de la région frontale et occipitale.

Hémorragie méningée au niveau de la faux du cerveau.

Conclusion :

- Hémorragie méningée
- Hémorragie surrénalienne gauche.

OBSERVATION N° 29

Enfant M... (N° 2.125. Année 1954).

Observation clinique :

- Accouchement prématuré de 1.800 gr.
- Décédé le 12^e jour d'un syndrome méningé (méningite diagnostiquée par la ponction lombaire).

A l'autopsie : Il existe au niveau du cerveau :

1° Une hémorragie méningée sous-arachnoïdienne du côté gauche ;

2° Des zones purulentes jaunâtres au niveau de la région inférieure du cervelet, confluant jusqu'au bulbe.

On pratique un étalement pour recherches bactériologiques.

A l'examen direct : présence de diplo-bacille gram négatif.

Le diplo-bacille gram négatif trouvé dans le liquide céphalo-rachidien de cet enfant a les caractères biochimiques d'un paracolon. Aucune sulfamide des groupes septoplax, thiazomide et Rufol n'a d'action sur la culture.

Conclusion : Il s'agit d'une méningite avec hémorragie méningée et lésions : péricérébelleuse et pér bulbaires.

OBSERVATION N° 30

Enfant V...

Observation clinique :

- Grossesse gemellaire bivitelline.
- 2^e jumeau, poids 2.210 gr.
- Accouchement prématuré à 7 mois.
- A vécu 2 jours. Mort : tableau de cyanose.
- Hémorragie méningée (à la ponction lombaire).

Autopsie :

· Poumons ecchymotiques.

— Cerveau : Il existe une hémorragie méningée surtout marquée au niveau de la région cérébelleuse et péribulbaire.

Conclusion : Hémorragie méningée, sous-cérébelleuse et péribulbaire.



Les lésions cérébro-méningées sont, comme on le voit, fréquentes lorsqu'on pratique l'autopsie du nouveau-né. Dans nos observations nous constatons deux observations d'œdème cérébro-méningé (n° 5 et n° 6) et vingt-trois observations d'hémorragie méningée, dont deux (n° 17 et n° 18) sont accompagnées de fractures du crâne survenues au cours d'applications de forceps difficiles. Dans 3 cas (dont 2 concernent les observations précédentes) il existe des lésions de la faux du cerveau ou de la tente du cervelet. Nous insistons à nouveau sur l'importance d'un examen très soigneux de la région cérébelleuse et péribulbaire ; en effet, comme l'a montré M. le Professeur Pigeaud dans la thèse de Fischer (thèse de Lyon, 1930) : c'est parfois seulement au niveau de la région sous-tentoriale péri-cérébelleuse et de l'espace péribulbaire que l'on rencontre les lésions hémorragiques qui passeraient inaperçues si l'on ne pratiquait qu'un examen superficiel.

Ces hémorragies méningées (qu'il vaut mieux appeler avec MM. Voron et Pigeaud : hémorragies intracrâniennes) représentent donc une cause très fréquente de la mort de l'enfant, mais il faut noter que très souvent ces hémorragies sont constatées chez les prématurés (seize de nos observations concernent des prématurés).

Dans quatre observations il est associé à l'hémorragie méningée une hémorragie surrénalienne importante et dans une observation la présence d'une hémorragie hépatique sous-glissonnienne a été constatée (observation n° 25). Nous rappelons que dans notre observation n° 40 l'hémorragie intra-cranienne est associée à des lésions hémorragiques au niveau des organes thoraciques (cœur et pou-

mon) et abdominaux (foie et surrénales) et qu'il s'agissait d'une véritable maladie hémorragique du nouveau-né à manifestation viscérale.

Nous possédons une observation n° 29 de méningite survenue chez un enfant prématuré, grand débile, décédé le 12^e jour ; des lésions méningées hémorragiques sont d'ailleurs associées à des modifications pathologiques typiques de l'affection méningée (zone purulente jaunâtre au niveau de la région inférieure du cervelet jusqu'au bulbe).

La recherche bactériologique pratiquée sur l'étalement a montré la présence d'un diplobacille à gram négatif.

HEMORRAGIES SURRENALIENNES (6 observations)

OBSERVATION N° 31

Enfant P... (N °409. Année 1954).

Observation clinique :

- Mère hypertendue.
- Accouchement prématuré spontané à 8 mois.
- Dystocie des épaules.
- Sexe masculin. Poids : 4 kg. 400.
- Mort-né.

Autopsie :

- Epanchement péricardique citrin.
- Les surrénales : gauche légèrement hémorragique ; droite : transformée en kyste avec destruction glandulaire et hémorragie.

Conclusion : Hémorragie surrénalienne surtout droite.

OBSERVATION N° 32

Enfant G... (N °697. Année 1954).

Observation clinique :

- Mère présentant une fausse couche à 5 mois 1/2 et deux accouchements prématurés à 6 mois 1/2 et à 7 mois.
- Accouchement prématuré à 7 mois 1/2.
- L'enfant a vécu 6 heures.

A l'autopsie : Surrénale gauche : présente une hémorragie ; droite : légèrement hémorragique.

Conclusion : Hémorragie surrénalienne.

OBSERVATION N° 33

Enfant S... (N° 1.975. Année 1953).

Observation clinique :

- Mère de 24 ans ; II geste.
- Accouchement prématuré à 6 mois 1/2.
- Enfant débile de sexe masculin. Poids 1.080 gr.
- Mort rapide.

A l'autopsie, on note :

1° Une hémorragie surrénalienne gauche avec hématome de la loge périrénale.

2° Une hémorragie méningée (L.C.R. rosé).

Conclusion : Hémorragie méningée et hématome au niveau de la surrénale gauche et de la loge périrénale.

OBSERVATION N° 34

Enfant N... (N° 2.388. Année 1953).

Observation clinique :

— Mère : néphropathie gravidique ; hypertension antérieure à la grossesse ; cure de sommeil ; accouchement spontané rapide en siège complet.

— Prématuré de 1.200 gr. Hibernation ; mort après 48 heures.

Autopsie :

Thorax :

Thymus : aspect normal.

Poumons : macroscopiquement hypertrophiques du fait d'une intense congestion ; tous les lobes des deux côtés sont massivement infarctoïdes et la paroi apparaît violacée, avec des taches plus claires.

Abdomen :

Foie : congestif, 45 grammes.

Rate : grosse, hyperhémée.

Surrénales : gauche : hémorragie dans la loge surrénalienne avec petits caillots, le parenchyme lui-même est noirâtre,

hémorragique (aspect de la surrénale de Stress de Selye) ; droite : un peu moins grosse. A la teinte chamois classique.

Cerveau :

Pas d'hémorragie méningée. Il existe par contre une petite tache hémorragique dans la faux du cerveau. Hémisphères cérébraux cérébelleux macroscopiquement normaux.

Conclusion : Il s'agit d'un poumon anoxique avec hémorragie surrénalienne gauche.

OBSERVATION N° 35

Enfant H... (N° 1.794. Année 1954).

Observation clinique :

— Mère ayant présenté au cours de l'accouchement une température à 39°.

— Présentation de siège.

— Procidence du cordon.

— Réanimation ; a vécu 4 heures.

— Mort : tableau de cyanose.

Autopsie : Hématome de la loge surrénalienne droite.

Conclusion : Hémorragie surrénalienne droite.

OBSERVATION N° 36

Enfant K... (N° 2.049. Année 1953).

Observation clinique :

— Grossesse hétéro-spécifique avec iso-immunisation.

— Augmentation des agglutinines en fin de gestation.

— Accouchement provoqué par bougie.

— A la naissance : test de Coombs ++.

G.R. : 3 millions 5.

Bilirubine indirecte : 19.

— Exsanguino-transfusion : Mort subite en fin d'intervention.

Autopsie :

1° *Thorax :*

— Thymus : légèrement ecchymotique.



FIGURE 3.

Hémorragie surrénalienne ayant atteint la région péri-rénale.

Le rein est en blanc (coupe frontale) (*in* Potter Pathology of the fetus and the newborn, p. 98).

— Cœur : légère diffusion hémorragique au niveau de la crosse aortique.

— Poumons : aspect normal.

2° *Abdomen :*

— Foie normal.

— Surrénales : droite : présente une hémorragie au niveau de la portion centrale ; gauche : légère hémorragie intraglandulaire.

A noter cinq néoformations arrondies de la grosseur d'une tête d'épingle ; le prélèvement histologique nous a montré que ce sont des kystes surrénaux.

Conclusion :

— Hémorragie intrasurrénalienne.

— Kystes surrénaux.



La présence d'hémorragie au niveau des glandes surrénales est banale lorsque l'autopsie est pratiquée tardivement ; il ne s'agit pas là d'hémorragie pathologique ; ce qui explique que certains auteurs ont écrit que les glandes surrénales du nouveau-né sont toujours hémorragiques. En réalité dans certains cas, il existe des hémorragies véritablement pathologiques ; elles sont alors importantes, détruisant la substance glandulaire, donnant une distension de la capsule (véritable kyste hémorragique de la surrénale ; voir notre figure n° 3) et parfois l'hématome surrénalien s'étend dans l'espace rétropéritonéal et provoque l'apparition d'hémorragie périrénale (notre observation n° 33).

Le traumatisme est parfois la cause de ces hémorragies (notre observation n° 31). Dans d'autres cas, c'est l'anoxie qui doit être, semble-t-il, incriminée (notre observation n° 28 où il s'agit d'un accouchement dystocique avec mort de la mère, l'enfant n'ayant pu être extrait en est un exemple typique).

Il est intéressant de constater que quatre de nos six observations concernent des enfants prématurés et que l'une, n° 36, concerne une grossesse hétéro-spécifique avec isoimmunisation.

SYNDROMES HÉMORRAGIQUES DIVERS (4 observations)

OBSERVATION N° 37

Enfant P... (N° 2.010. Année 1953).

Observation clinique :

- Mère comitiale ; accouchement normal.
- A vécu 2 jours ; mort rapide (pâleur).

A l'autopsie : Il existe une hémorragie intrapéritonéale de sang épais, très rouge, de valeur de 300 cc. avec quelques caillots.

Les organes sont pâles, exsangues.

Le poids de thymus est de 12 gr.

Au niveau de la face inférieure du lobe droit du foie, il existe une infiltration hémorragique ayant dissocié la capsule.

Conclusion : Il s'agit d'une mort rapide par hémorragie intrapéritonéale d'origine hépatique.

OBSERVATION N° 38

Enfant B... (N° 372. Année 1954).

Observation clinique :

- Mère alcoolique en état d'alcoolisme aigu au moment de l'accouchement.
- Forceps, dystocie des épaules ; poids : 3.400 gr.
- Enfant mort-né.

Autopsie : Foie très ecchymotique. Il existe une hémorragie sous-capsulaire au niveau du lobe gauche, peu abondante. La capsule est décollée sur 5 cm. et on trouve du sang liquide noirâtre au-dessous du foie.

Conclusion : Hémorragie hépatique sous-capsulaire.

OBSERVATION N° 39

Enfant T... (N° 1.092. Année 1953).

Observation clinique :

— Mère 5^e geste, néphrite chronique sans hypertension.
Accouchement à terme.

— Sexe masculin ; poids : 3.100 gr.

— Mort in utero 24 heures avant l'accouchement.

Autopsie : A l'ouverture de l'abdomen, on trouve du sang. Les organes paraissent normaux, sauf l'expression des poumons fait sortir quelques gouttelettes purulentes des bronchioles.

Conclusion : Il s'agit d'une hémorragie intra-abdominale d'origine non précisée.

OBSERVATION N° 40

Enfant F... (N° 2.002. Année 1953).

Observation clinique :

— Mère 8^e geste ; un traumatisme quelques heures avant l'accouchement (chute de bicyclette).

— Accouchement prématuré à 6 mois ; sexe masculin.

— Poids : 1.240 gr. A vécu 3 heures (hibernation).

Autopsie :

1° *Thorax :*

— Thymus : ecchymotique.

— Cœur : congestif ; les vaisseaux coronaires sont dilatés. Tache ecchymotique au niveau de la pointe cardiaque.

— Poumons : hyperhémisés en surface.

2° *Abdomen :*

— Foie : ecchymotique et très hémorragique à la section.

— Surrénales : droite : présente une hémorragie à son niveau ; gauche : grosse hémorragie intraglandulaire.

Il n'existe pas de sang dans la cavité abdominale.

3° *Cerveau :* Hémorragie méningée sous-durémérienne au niveau des deux hémisphères péricérébelleux et péribulbaire.

Conclusion : Il s'agit d'une maladie hémorragique du nouveau-né à manifestation viscérale.

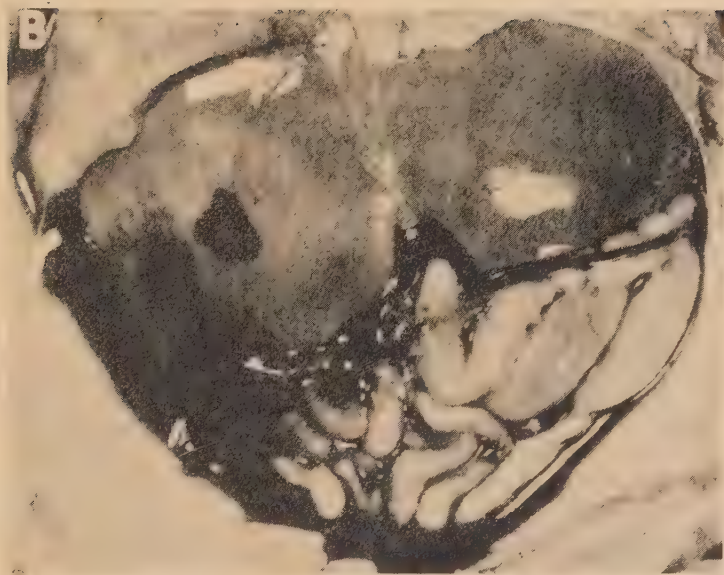


FIGURE 4.

Hémorragie intra-péritonéale par rupture de foie.





Les hémorragies hépatiques ont été étudiées par MM. Dumont et Laselne (Les ruptures du foie chez le nouveau-né : à paraître dans *Gynécologie et Obstétrique*, 1954) et par Mme Dautreya dans sa thèse (Lyon, 1954).

Dans nombre de cas, le traumatisme obstétrical joue un rôle dans l'apparition des déchirures du tissu hépatique, du fait que, chez le nouveau-né, le foie est proportionnellement plus gros que chez l'adulte et mal protégé par le grill costal qui peut facilement le léser. Ainsi tout accouchement laborieux, toute manœuvre de force au cours du dégagement, toute réanimation brutale peuvent être source d'hémorragie hépatique (notre observation n° 38 : dystocie des épaules).

De même il existe des facteurs prédisposants ou déclenchants : la prématuration peut jouer un rôle comme le montre notre observation n° 25 où il s'agit d'une grossesse gemellaire interrompue à six mois et demi environ.

Certaines causes peuvent être invoquées aussi, telles que la syphilis et l'intoxication (notre observation n° 38 concerne une mère accouchant en état d'alcoolisme aigu).

Nous pensons que l'hypoprothrombinémie du nouveau-né peut être considérée comme un facteur adjuvant, quoique les recherches effectuées à ce sujet soient discutées. En effet, il existe une hypoprothrombinémie transitoire chez tout nouveau-né, qui persiste tant que la flore bactérienne, permettant la synthèse de la vitamine K, n'est pas constituée au niveau du tube digestif.

Les hémorragies hépatiques sont le plus souvent des découvertes d'autopsie ; il est rare qu'on fasse le diagnostic avant l'examen nécropsique : les signes cliniques n'attirent pas spécialement l'attention sur la glande hépatique. Dans la plupart des cas, l'hémorragie se produit au niveau de la face antérieure du foie, et se fait en nappe à partir des capillaires de la région sous-capsulaire.

La capsule de Glisson se décolle sur une grande surface

et, en général, limite l'épanchement sanguin. Cependant, il n'est pas exceptionnel de trouver à l'autopsie un hématome sous-glissonnien important avec déchirure de la capsule et inondation péritonéale (voir notre figure n° 4) ; cela se produit le plus souvent en deux temps, avec un intervalle libre de quelques heures à deux ou trois jours environ. Notre observation n° 38 est un exemple typique : l'enfant a présenté 24 h. après l'accouchement un premier épisode de pâleur avec dyspnée correspondant à la formation de l'hématome sous-capsulaire. 24 heures plus tard, apparaît un collapsus dû à la rupture de la capsule de Glisson et l'inondation péritonéale ; et le nouveau-né meurt de suite.

LES MALFORMATIONS CONGENITALES

(10 observations)

OBSERVATION N° 41

Enfant V... (N° 2.392. Année 1953).

Observation clinique :

- Mère primigeste, néphrite chronique de 20 ans.
- Accouchement spontané.
- Sexe masculin ; poids : 3.000 gr.
- Décédé 48 heures après l'accouchement.

Autopsie : Il s'agit d'un anencéphale.

- Bec-de-lièvre et fissure palatine.
- Placenta adhérent au niveau du moignon cérébral.
- Surrénales : normales.

Conclusion : Malformation : anencéphalie.

OBSERVATION N° 42

Enfant B... (N° 1.759. Année 1954).

Observation clinique :

- Mère opérée d'un kyste mucoïde de l'ovaire G. (castration gauche au 2^e mois de grossesse).
- — On note un contact de la mère avec ses 3 enfants atteints de rougeole grave à un mois de grossesse.
- Gros hydramnios de 7 litres environ.
- Mort-né : Anencéphale.

Autopsie : Anencéphalie. Pas d'autre malformation.

OBSERVATION N° 43

Enfant C... (N° 186. Année 1954).

Observation clinique :

— Mort-né.

— Anencéphalie.

Autopsie : Il s'agit d'un enfant macéré avec décollement épidermique.

Examen des surrénales :

— La surrénale gauche existe, mais elle est de la grosseur d'une tête d'épingle.

— La surrénale droite n'est pas trouvée.

Conclusion : Anencéphalie. Hypoplasie des surrénales.

OBSERVATION N° 44

Enfant D... (N° 849. Année 1954).

Observation clinique :

— Gros souffle systolique à l'auscultation.

— A vécu 20 heures.

— Mort : tableau de cyanose.

Autopsie :

— *Abdomen :* foie très hémorragique à la coupe.

— *Thorax :* cœur : énorme, remplit la moitié du thorax ; atrésie de l'artère pulmonaire.

Conclusion :

— Malformation cardiaque congénitale.

— Atrésie de l'artère pulmonaire.

OBSERVATION N° 45

Enfant L... (N° 2.310. Année 1953).

Observation clinique :

— Accouchement normal spontané.

— A vécu 48 heures.

— Cyanose apparue à la 36^e heure, existant à la 48^e heure.

Autopsie : On note rien d'anormal, à part l'appareil cardio-vasculaire (atrésie mitrale et surtout aortique. Pas d'orifice aortique. Rétrécissement mitral de 2 mm. 5 de diamètre).

Il existe un très gros ventricule droit qu'on prend d'abord pour un ventricule unique ; orifice tricuspide normal ; artère pulmonaire sortant du ventricule droit munie de trois valvules bien formées ; canal artériel faisant communiquer l'aorte et l'artère pulmonaire tout de suite avant la sortie du tronc brachio-céphalique ; à partir du tronc brachio-céphalique, l'aorte transversale et descendante est normale, mais l'aorte ascendante est réduite à un fil mince très difficile à cathétériser, ne laissant pas passer une sonde de un mm. de diamètre.

Atrophie presque complète du ventricule gauche, qui est réduit à un volume de petit pois. Pas d'orifice aortique. L'orifice mitral admet une sonde de 2 mm. 5 de diamètre. L'appareil mitral est mal développé et il n'existe évidemment aucune trace d'endocarde. Il s'agit bien d'une malformation :

— Oreille gauche toute petite, grosse comme un pois.

— Oreille droite bien développée.

— Persistance du foramen ovale qui fait communiquer les 2 oreillettes.

— Epaisseur du ventricule droit : 6 mm.

— Circonférence du tronc de l'artère pulmonaire au niveau des valvules : 21 mm. Diamètre de l'aorte ascendante : 1 mm.

En résumé, non fonctionnement du V.G. avec R.M. serré ; atrésie de l'orifice aortique et de l'aorte ascendante ; persistance du canal artériel et du foramen ovale.

Conclusion : Atrésie de l'aorte ; atrésie mitrale.

OBSERVATION N° 46

Enfant A... (N° 1.892. Année 1954).

Observation clinique :

— Accouchement spontané.

— A vécu 8 heures. Mort : tableau de cyanose.

Autopsie :

— Il s'agit d'un fœtus présentant des malformations multiples : membres très courts donnant l'aspect d'une achondroplasie.

- Doigts surnuméraires.
- Orteils surnuméraires.
- Syndactylie.
- Atrophie de la langue, qui est soudée étroitement au plancher buccal.
- Absence des globes oculaires.
- Craniotabès.
- Atrophie de la verge.

1° *Thorax* :

Poumons : violacés, atélectasiés, ne flottant pas.
Pas de malformation cardiaque.
Pas de hernie diaphragmatique.

2° *Abdomen* :

Surrénales hyperplasiques.
Reins polykystiques.

Conclusion : Malformations multiples.

OBSERVATION N° 47

Enfant P... (N° 967. Année 1954).

Observation clinique :

- Mère Rh négatif.
- Sexe féminin.
- Il s'agit d'un macéré avec décollement épidermique et ramollissement des os crâniens.

Autopsie : Il existe une fissure vélo-palatine avec bec-de-lièvre.

Abdomen : Présence d'un épanchement ascitique sanglant.
Hépatomégalie.
Splénomégalie

Conclusion :

- 1° Malformation congénitale : bec-de-lièvre et fissure palatine.
- 2° Ascite sanglant.
- 3° Splénomégalie.
- 4° Hépatomégalie.



FIGURE 5.

Hernie diaphragmatique gauche.

Passage de la rate, de l'estomac et de l'intestin dans l'hémithorax gauche. Cœur refoulé à droite.

OBSERVATION N° 48

Enfant S... (N° 1.969. Année 1954).

Autopsie :

— Il s'agit d'un fœtus macéré avec fonte oculaire, décollement épidermique étendu et ramollissement des os du crâne.

— Présence de malformation vélo-palatine.

Conclusion :

— Malformation vélo-palatine.

— Macération fœtale.

OBSERVATION N° 49

Enfant C... (N° 1.669. Année 1954).

Observation clinique :

— Grossesse prolongée ; mise en place d'une bougie.

— Accouchement spontané.

— Né cyanosé : oxygénothérapie.

— A vécu 7 heures. Poids : 3.300 gr.

— Mort par hémorragie méningée vérifiée par ponction lombaire.

Autopsie :

— Il s'agit d'une hernie diaphragmatique gauche avec passage dans l'hémithorax gauche du grêle de l'estomac, de la rate et du colon ascendant. Déhiscence diaphragmatique en arrière sur deux centimètres.

— Poumons hypodéveloppés. Teinte légèrement cyanique ; cœur refoulé à droite.

— Cerveau : légère hémorragie méningée.

Conclusion : Hernie diaphragmatique gauche.

OBSERVATION N° 50

Enfant B... (Année 1954).

Observation clinique : Accouchement normal.

Mort une heure après la naissance : dyspnée et cyanose.

Autopsie :

— Il s'agit d'une volumineuse diaphragmatique gauche avec passage du côlon et du grêle dans le thorax ; déhiscence de la région postérieure de l'hémidiaphragme gauche.

— Dextrocardie très marquée.

— Hypodéveloppement pulmonaire.

Conclusion : Hernie diaphragmatique gauche.

*
**

Il est intéressant de noter la fréquence des malformations constatées (10 observations sur quatre-vingt-quinze). Nous en notons deux qui concernent des anomalies cardiovasculaires (atrésie, de l'aorte, atrésie de l'artère pulmonaire).

Deux enfants présentaient chacun une hernie du phragmatique gauche. L'un est mort une heure après la naissance ; l'autre a vécu 7 heures. Dans les 2 cas il s'agissait d'une hernie importante avec passage dans l'hémithorax gauche de l'estomac, de l'intestin et de la rate. Notre figure n° 5 montre l'aspect des lésions à l'ouverture du thorax et de l'abdomen. Comme il est classique aussi dans les 2 cas il existait une énorme dextrocardie et une hypoplasie des 2 poumons : le gauche étant plus atteint que le droit. Il est particulièrement intéressant de constater que dans l'observation n° 49, l'enfant a vécu 7 heures, ce qui est un délai inhabituel. Dans ce cas le diagnostic aurait pu être fait par la radiographie. L'examen clinique peut d'ailleurs mettre sur la voie du diagnostic, lorsqu'on constate un abdomen très plat et, comme l'écrit Potter, devant l'expansion unilatérale du thorax, au moment de l'inspiration. La thérapeutique chirurgicale peut être envisagée, c'est pourquoi il faut penser à la possibilité d'une hernie diaphragmatique.

Dans trois autres observations, il s'agit d'une anencéphalie. Dans notre observation n° 43, il existe une hypoplasie des surrénales coexistant avec l'anencéphalie. Ce

A

FIGURE 6.

A droite : rein et surrénale ; aspect normal.

A gauche : hypoplasie de la surrénale chez un anencéphale.



Achondroplasie (voir observation N° 46).

fait est classique, l'absence de tissu cérébral étant associé fréquemment à une atrophie surrénalienne. Parfois, seul un examen nécropsique soigneux permet de se rendre compte de la présence de la surrénale : voir notre figure n° 6.

L'observation n° 42 retiendra notre attention car il s'agit d'un cas où l'on peut invoquer le rôle d'une maladie infectieuse sans atteinte apparente de la mère, expliquant la malformation congénitale ; en effet, il s'agit d'une femme immune ayant été en contact avec ses trois enfants tous atteints de rougeole grave alors qu'elle était enceinte d'un mois. Des observations semblables ont été rapportées par Schick (*Acta Paediat*, 1949, 38, 563), par Hags-trömer (*Acta Paediat*, 1948, 35, 242), par M. Dumont (*Presse Médicale*, 62 : n° 6, page 116, 27 janvier 1954).

L'observation n° 46 concerne un enfant présentant une achondroplasie et il existe en même temps des malformations multiples : voir notre figure n° 7.

CAUSES DIVERSES (2 observations)

OBSERVATION N° 51

Enfant G... (N° 2.406. Année 1953).

Observation clinique :

- Mère de 29 ans, 3^e geste.
- B.C. non entendu à l'entrée dans le service.
- Sexe féminin ; poids : 2.600 gr.
- Placenta de 670 gr., pas d'infarctus.
- Mort-né.

Autopsie : On ne note rien d'anormal, à part un cordon de 65 cm. avec 15 torsions en spirale.

Conclusion : Torsion du cordon (15 spires) qui a provoqué la mort du fœtus.

OBSERVATION N° 52

Enfant N... (N° 911. Année 1954).

Observation clinique :

- Mère 2^e geste A1 Rh négatif.
- Poids 3.550 gr.
- A vécu 2 heures. Tableau : Pâleur. Test de Coombs négatif chez l'enfant, mais on note la présence d'agglutinine dans le sang maternel.
- Enfant : G.R. : 1.400.000 ; G.B. : 280.000.
- Erythroblastes très nombreux.
- Éléments jeunes de la série granuleuse et plasmocytaire.

Autopsie :

- Abdomen : à l'ouverture, il existe un épanchement ascitique sanglant peu abondant.

- Foie : énorme, pesant 240 gr.
- Rate : 150 gr.

Conclusion :

- Ascite sanglante.
- Hépatomégalie.
- Splénomégalie.



Nous attirons l'attention sur l'observation n° 50 où il s'agit d'une torsion funiculaire de 15 tours ayant provoqué la mort du fœtus. L'examen nécropsique est par ailleurs négatif. On voit ainsi toute l'importance de pratiquer un examen soigneux des annexes fœtales au cours de l'examen post-mortem du nouveau-né.

On sait d'ailleurs que les torsions du cordon peuvent expliquer certaines morts très précoces du fœtus. C'est ainsi que M. le Professeur Pigeaud, dans sa thèse (Etude anatomique de 110 œufs humains expulsés fermés avant le 5^e mois : thèse de Lyon, 1926) a constaté 14 cas de torsion du cordon supérieur à 10 tours, et trois fois la présence d'une torsion dépassant 20 tours, ce qui expliquait l'arrêt de la grossesse.

Cependant il ne faut pas toujours voir la torsion du cordon comme la cause de la mort du fœtus. Celui-ci peut succomber pour une autre raison et la torsion se faire secondairement par suite des mouvements passifs que subit l'enfant dans la cavité utérine.

L'observation n° 52 concerne un enfant né d'une mère présentant une grossesse hétéro-spécifique avec isoimmunisation, et qui a vécu 4 heures. L'examen nécropsique a montré la présence d'une hépatomégalie, d'une splénomégalie coexistante avec un ascite sanglant : lésions qui sont à mettre en relation avec la maladie hémolytique du nouveau-né.

AUTOPSIES NEGATIVES (30 observations)

Néphropathie gravidique (5 observations).

1) OBSERVATION N° 53

Enfant B... Mère : Hypertension antérieure à la grossesse.

- Syndrome pré-éclamptique.
- Accouchement spontané à 7 mois 1/2.
- Nouveau-né débile ; a vécu 48 heures.
- Autopsie négative.

2) OBSERVATION N° 54

Enfant F...

- Prématuré de 7 mois 1/2.
- A vécu 3 jours.
- Etat de décomposition avec météorisme de l'abdomen.
- Autopsie négative.

3) OBSERVATION N° 54

Enfant D...

- Néphropathie gravidique avec hypertension.
- Cure de sommeil.
- Accouchement prématuré provoqué (bougie) 25 jours avant le terme.
- Enfant de 1.400 gr. ; grand débile ; réanimation.
- A vécu 2 heures.
- Autopsie négative.

4) OBSERVATION N° 56

Enfant C...

- Eclampsie majeure.
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré.
- Accouchement spontané.
- Mort in utéro : l'enfant est en voie de macération avec décollement épidermique.
- Autopsie négative.

5) OBSERVATION N° 57

Enfant B...

- Dysgravidie avec hypertension à 20.
- Mort in utéro. Sexe masculin. Poids : 1.100 gr.
- Début de macération avec décollement épidermique.
- Le placenta présente une cupule de 6 cm. de diamètre.
- Autopsie négative.

Césariennes (3 observations).

1) OBSERVATION N° 58

Enfant M...

- Césarienne pour néo du col.
- A vécu 36 heures.
- Pas de malformation.
- Pas de métastases néoplasiques visibles macroscopiquement.
- Autopsie négative.

2) OBSERVATIONS N° 59 et 60

Enfants C...

- Grossesse gemellaire.
- Césarienne pour bassin rétréci.
- 1^{er} enfant : 2.400 gr. Autopsie négative.
- 2^e enfant : 3.700 gr. Autopsie négative.

Placenta prævia (5 observations).

1) OBSERVATION N° 61

Enfant V...

- Placenta prævia.
- Mort in utéro.
- Début de macération : décollement épidermique.
- Pas de malformation.
- Autopsie négative.

2) OBSERVATION N° 62

Enfant R...

- Placenta prævia.
- Rupture prématurée des membranes ; infection amniotique et mort du fœtus in utéro. Poids : 2.300 gr.
- Autopsie négative.

3) OBSERVATION N° 63

Enfant R...

- Accouchement prématuré à 8 mois. Poids : 2.100 gr.
- Mort in utéro. Signe de macération.
- Placenta prævia marginal parsemé d'une douzaine de petits infarctus blancs de la taille d'un noyau de cerise.
- Autopsie négative.

4) OBSERVATION N° 64

Enfant V...

- Procidence du cordon.
- Mort du fœtus in utéro au cours du 9^e mois.
- Accouchement spontané à terme ; poids : 3.500 gr.
- Placenta prævia anatomique.
- Autopsie négative.

5) OBSERVATION N° 65

Enfant N...

- Présentation du siège.
- Prématuré de 6 mois 1/2. Poids : 1.060 gr.
- Placenta prævia.
- Autopsie négative.

Incompatibilité rhésus (3 observations).

1) OBSERVATION N° 66

Enfant P...

- Mère ORh négatif.
- Enfant ORh positif.
- Accouchement prématuré à 7 mois 1/2. Poids : 2.200 gr.
- Test de Coombs négatif. Slid test négatif.
- Pas d'agglutinine. G.R. : 5 millions. G.B. : 11.800. Erythroblaste : 6 %.
- L'enfant n'a subi aucune transfusion.
- Mort le 2^e jour : teinte cyanique.
- Autopsie négative.

2) OBSERVATIONS N° 67 et 68

Enfants M...

- Grossesse gemellaire bichoriale.
- Mère I geste ; O Rh négatif. Pas d'agglutinine, anti Rh négatif.
- 1^{er} enfant : Poids 1.940 gr. Pas de malformation. Autopsie négative.
- 2^e enfant : Poids 2.620 gr. Pas de malformation. Pas d'hémorragie méningée.
- Autopsie négative.

Grossesse prolongée (1 observation).

1) OBSERVATION N° 69

Enfant R...

- Grossesse prolongée.
- Enfant mort in utéro. Poids 4.200 gr.
- Etat de macération du début. Pas de malformation. On note un gros foie, mais de coloration normale.
- Pas d'hémorragie méningée.
- Autopsie négative.

Enfants prématurés (5 observations).

1) OBSERVATION N° 70

Enfant V...

- Décollement prématuré du placenta normalement inséré.
- Mort-né. Poids : 2.000 gr.
- Autopsie négative.

2) OBSERVATION N° 71

Enfant T...

- Prématuré de 6 mois ; poids : 900 gr.
- A vécu 1 heure.
- Autopsie négative.

3) OBSERVATION N° 72

Enfant D...

- Présentation de siège.
- Accouchement prématuré spontané à 7 mois.
- Enfant débile. Poids : 1.400 gr.
- A vécu 15 heures.
- Autopsie négative.

4) OBSERVATION N° 73

Enfant S...

- Procidence du cordon.
- Mort-né. Poids : 1.400 gr.
- Autopsie négative.

5) OBSERVATION N° 74

Enfant Z...

- Enfant mort in utéro 2 jours avant l'accouchement.
- Début de macération : décollement épidermique.
- Poids : 3.700 gr.
- Autopsie négative.

Cardiopathie (1 observation).

OBSERVATION N° 75

Enfant F...

- Cardiopathie sans compensation chez la mère.
- Mort au cours du travail. Poids : 2.870 gr.
- A l'ouverture de la cavité abdominale, on note de nombreuses granulations sur le péritoine.
- Signe de Weber négatif.
- Autopsie négative.

Causes diverses (7 observations).

1) OBSERVATION N° 76

Enfant B...

- Mort in utéro.
- Pas de macération.
- Poids : 4.000 gr.
- Autopsie négative.

2) OBSERVATION N° 77

Enfant M...

- Mort avant le début du travail.
- Poids : 3.400 gr.
- Cordon macéré.
- Autopsie négative.

3) OBSERVATION N° 78

Enfant R...

- Forceps en O.I.G.P. (arrêt de la progression).
- Poids : 4.000 gr.
- A vécu 6 heures.
- Autopsie négative.

4) OBSERVATION N° 79

Enfant T...

- Accouchement normal.
- Poids : 3 kg. 350.
- A vécu 24 heures. Mort tableau de cyanose.
- Autopsie négative.

5) OBSERVATION N° 80

Enfant S...

- Travail prolongé.
- Mort in utéro.
- Autopsie négative.

6) OBSERVATION N° 81

Enfant Z...

- Enfant mort in utéro 2 jours avant l'accouchement.
- Début de macération, décollement épidermique.
- Poids : 3.700 gr.
- Autopsie négative.

7) OBSERVATION N° 82

Enfant A...

- Mort-né ; poids 2.700 gr.
- Pas d'hémorragie abdominale.
- L'examen des viscères montre un foie congestif, violacé, mais sans lésion apparente.
- Les poumons sont congestifs et ne flottent pas.
- Surrénale droite : Hémorragie au niveau de la médullaire. Cette hémorragie est peu importante et ne semble pas être pathologique.
- Surrénale gauche : normale.
- Autopsie négative.



Nous attirons l'attention sur la fréquence des examens post-mortem négatifs (30 observations sur 95, soit plus de 30 % des cas). Notre chiffre est à rapprocher de celui de Morrisson, qui constate que dans 40 % des cas d'autopsie, aucune lésion ne peut être mise en évidence chez le nouveau-né (Morrisson, J. E. *Fœtal and neonatal pathology* Butterworth Ed. Londres, 1952).

Les circonstances cliniques de la grossesse et de l'accouchement sont résumées dans les observations. Rappelons rapidement que ces 30 observations d'autopsies négatives concernent :

- 4 observations de néphropathie gravidique ;
- 5 cas de placenta prævia ;
- 3 césariennes ;
- 3 observations d'incompatibilité sanguine (Rhésus) ;
- 1 cas de cardiopathie sans décompensation chez la mère ;
- 1 grossesse prolongée.

Signalons que sur ces 30 observations, 15 concernent des prématurés au-dessous de 2.500 gr.

ENFANTS MACERES (13 observations)

OBSERVATION N° 83

Enfant L...

— Mère présentant un décollement prématuré du placenta normalement inséré. Hypertension antérieure à la grossesse.

Autopsie : Etat de macération très avancée avec décollement épidermique étendu.

— Pas de malformation.

Conclusion : Macération fœtale.

OBSERVATION N° 84

Enfant S...

— Il s'agit d'un fœtus macéré : fonte des globes oculaires ; décollement épidermique ; ramollissement des os du crâne.

— Présence d'une malformation vélo-palatine.

Conclusion : Macération fœtale et malformation vélo-palatine.

OBSERVATION N° 85

Enfant F...

— Il s'agit d'une macération très avancée avec fonte oculaire, décollement épidermique et ramollissement des os du crâne.

— Il n'existe pas de malformation évidente.

Conclusion : Autopsie non concluante du fait de la macération fœtale.

OBSERVATIONS N° 86 et 87

Enfants M...

— Grossesse gémellaire.

1^{er} enfant : 1.400 gr.

2^e enfant : 1.200 gr.

— Il s'agit de 2 jumeaux en voie de macération très avancée : décollement épidermique étendu, fonte oculaire et ramollissement des os du crâne.

— Il n'existe pas de malformation.

Conclusion : Macération fœtale.

OBSERVATIONS N° 88 et 89

Enfants P...

— La mère a présenté une hémorragie par fibrinolyse après l'accouchement et guérie par transfusions et administration de fibrinogène.

— 2 jumeaux morts in utéro.

— Les 2 fœtus sont macérés.

Conclusion : Autopsie non concluante du fait de la macération fœtale.

OBSERVATION N° 90

Enfant R...

— Néphropathie gravidique.

— Etat de macération avancée avec fonte oculaire, décollement épidermique et ramollissement des os du crâne.

— Pas de malformation.

Conclusion : Macération fœtale.

OBSERVATION N° 91

Enfant P...

— Mort in utéro au 7^e mois.

— Accouchement spontané d'un enfant macéré : 1.050 gr.

Conclusion : Macération fœtale.

OBSERVATION N° 92

Enfant V...

- Néphrite chronique chez la mère.
- Enfant macéré de 1.150 gr.
- Pas de malformation.

Conclusion : Macération fœtale.

OBSERVATION N° 93

Enfant L...

- Accouchement prématuré à 6 mois 1/2. Poids : 1.350 gr.
- Mort in utéro.
- Macération très avancée : décollement épidermique et fonte des globes oculaires.

Conclusion : Il s'agit d'un macéré.

OBSERVATION N° 94

Enfant M...

- Hypertension antérieure à la grossesse.
- Mort in utéro.
- Sexe masculin. Poids : 1.400 gr.
- Macération très avancée : fonte oculaire et décollement épidermique.
- Pas de malformation évidente.

Conclusion : Macération fœtale.

OBSERVATION N° 95

Enfant C...

- Mort du fœtus in utéro au 8^e mois.
- Accouchement provoqué par perfusion d'hypophyse.
- Enfant de 2.600 gr., macéré : décollement épidermique très étendu, fonte des globes oculaires et affaissement de la voûte crânienne très marqué.
- Pas de malformation.

Conclusion : Autopsie non concluante du fait de la macération.

Nous ne reparlons pas des lésions provoquées par la macération fœtale. Nous les avons exposées au début de notre travail. Retenons la fréquence des observations concernant des macérés (13 sur 95 observations, soit 13,6 %). Les circonstances cliniques de la grossesse sont exposées ci-dessus. Nos 13 observations d'enfants macérés peuvent être classées de la manière suivante :

- 1 observation de néphropathie gravidique ;
- 2 observations où la mère a présenté une hémorragie par fibrinolyse ;
- 2 observations d'hypertension antérieure à la grossesse ;
- 1 observation de néphrite chronique ;
- 7 observations où aucune cause ne peut être invoquée

CLASSIFICATION SUIVANT LES CIRCONSTANCES CLINIQUES DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

(95 observations)

I. — NÉPHROPATHIE GRAVIDIQUE :

- 4 autopsies négatives ;
- 1 enfant macéré ;
- 1 hémorragie surrénalienne gauche ;
- 1 observation d'atélectasie et d'hémorragie sous-cérébelleuse ;
- 1 observation d'atélectasie et d'œdème cérébro-méningé ;
- 1 cas d'hémorragie méningée avec épanchement des séreuses.

II. — ACCOUCHEMENT DYSTOCIQUE :

a) *Forceps* :

- 1 autopsie négative ;
- 2 hémorragies méningées sans fracture du crâne ;
- 2 fractures du crâne avec hémorragie méningo-encéphalique.

b) *Version* : 1 hémorragie méningée.

c) *Dystocie des épaules* :

- 1 hémorragie hépatique sous-capsulaire ;
- 1 hémorragie surrénalienne.

III. — INCOMPATIBILITÉ SANGUINE (facteur rhésus) :

- 3 autopsies négatives ;
- 2 observations d'ascite sanglant avec splénomégalie et hépatomégalie ;
- 1 hémorragie intrasurrénalienne avec kystes surrénaux.

IV. — CÉSARIENNES :

a) *Pour placenta prævia* :

- 3 hémorragies méningées dont une accompagnée d'une hémorragie hépatique sous-glissonienne ;

b) *Pour bassin rétréci* :

- 2 autopsies négatives ;

c) *Pour cancer du col* :

- 1 autopsie négative.

V. — PLACENTA PRÆVIA :

- 5 autopsies négatives ;
- 1 observation d'œdème cérébral ;
- 1 hémorragie méningée avec hémorragie surrénalienne.

VI. — CAUSES DIVERSES :

a) *Néphrite chronique* :

- 1 cas de macération fœtale ;
- 1 observation d'hémorragie intra-abdominale ;
- 1 anencéphalie.

b) *Grossesse prolongée* :

- 1 autopsie négative ;
- 1 hernie diaphragmatique.

c) *Mère ayant une température élevée (38°8, 39°) au moment de l'accouchement :*

- 1 hémorragie méningée ;
- 1 hémorragie surrénalienne.

d) *Traumatisme (chute de bicyclette) quelques heures avant l'accouchement :*

- 1 observation de maladie hémorragique du nouveau-né à manifestation viscérale.

VII. — OBSERVATION OU L'ON A RELEVÉ AUCUN ACCIDENT AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ACCOUCHEMENT :

- 9 autopsies négatives ;
- 7 enfants macérés ;
- 8 hémorragies méningées ;
- 1 hémorragie sous-cérébelleuse et péribulbaire ;
- 1 observation d'œdème cérébral ;
- 1 observation d'atélectasie pulmonaire ;
- 1 observation d'épanchement ascitique ;
- 3 malformations congénitales ;
- 1 observation de torsion du cordon ;
- 2 hémorragies surrénaliennes.

CONCLUSIONS

Nous rapportons 95 examens nécropsiques pratiqués chez des nouveau-nés morts à la clinique obstétricale entre septembre 1953 et septembre 1954 ; au cours de ce même laps de temps, 2.600 accouchements ont eu lieu dans le service.

Nous rappelons la technique de l'autopsie du nouveau-né, qui doit être pratiquée de manière soigneuse, surtout en ce qui concerne le cerveau, afin que les lésions, même minimales, puissent être découvertes.

Dans 4 cas, une affection pulmonaire a été constatée (3 observations d'atélectasie et 1 observation de pneumopathie aiguë).

26 hémorragies cérébro-méningées ont été mises en évidence, dont : 4 à localisation sous-cérébelleuse et péri-bulbaires, 2 associés à des fractures du crâne et 4 à des hémorragies surrénaliennes.

Dans 6 cas, une hémorragie surrénalienne importante a été constatée, 1 observation concernant une grossesse hétéro-spécifique avec isoimmunisation.

Dans 10 cas : une malformation a été mise en évidence (3 anencéphalies, 2 malformations cardiaques, 2 hernies diaphragmatiques et 3 malformations vélo-palatines). Dans 7 observations, la malformation congénitale explique la

mort de l'enfant ; par contre, dans notre observation n° 47, la mort relève d'une incompatibilité Rhésus.

Enfin dans 30 cas, l'autopsie a été entièrement négative (soit 30 % des cas environ) ; et dans 13 cas l'autopsie a été non concluante du fait de la macération fœtale.

Vu :

Le Doyen,
HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse,
PIGEAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 Novembre 1954

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. ALLIX.

TABLE DES MATIERES

Introduction	13
Technique de l'autopsie du nouveau-né	17
Observations	27
Affections pulmonaires	27
Lésions cérébro-méningées	31
Hémorragies surrénaliennes	46
Syndromes hémorragiques divers	53
Malformations congénitales	59
Causes diverses	70
Autopsies négatives	72
Enfants macérés	80
Classification suivant les circonstances cliniques de la grossesse et de l'accouchement	85
Conclusions	88

Imprimerie
BOSC Frères
42, Quai Gailleton — LYON
